1° DÉFINIR L'ESPACE, L'ÉTENDUE ET LA CONFIGURATION; DONNER LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE CONFIGURATION DES ÊTRES ORGANISÉS.

N° 17.

2° QUELLE EST LA DISPOSITION DES APONÉVROSES DE LA JAMBE?

3° AVEC QUELLES MALADIES PEUT-ON CONFONDRE LA CARIE VERTÉBRALE?

4° DE LA STOMATITE ULCÉREUSE ET PUSTULEUSE.

THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 9 MARS 1838;

PAR

TIBEYRANT (PAUL-CHARLES),

De PLAZAC (DORDOGNE);

Chirurgien externe de l'Hôpital St-Éloi;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.
1838.

AUX MANES DE MA GRAND'MÈRE,

ORTOSCHI LUGO.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MA SŒUR.

C. TIBEYRANT.



PREMIÈRE PARTIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

N° 462. DÉFINIR L'ESPACE, L'ÉTENDUE ET LA CONFIGURATION ; DONNER LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE CONFIGURATION DES ÊTRES ORGANISÉS.

Ces questions nous semblent devoir nécessairement se coordonner en s'éclairant mutuellement : c'est ainsi que nous allons les envisager. En effet, quelle idée aurions-nous de l'espace sans l'étendue, de l'étendue sans l'existence de l'être ; de celui-ci sans l'organisation, de l'organisation sans la vie ? Enfin, comment comprendrions-nous la vie, si ce n'est par le moi, centre éternel où tout vient converger ? Comment *définir* l'espace qui est *infini* ? Dirons-nous que c'est l'univers moins les êtres, c'est-à-dire moins tout ? Mais nous n'aurons que le vide, une maison démeublée et sans murs, rien. Or, la première condition pour peindre est de voir, et la lumière ne suffit pas pour cela ; il faut des surfaces qui la réfléchissent et un fluide qui la transmette : supposons un point lumineux dans le vide, nous aurons les ténèbres ; c'est comme si nous voulions peindre sans couleurs. D'ailleurs, la lumière étant elle-même un corps, doit être exclue de cette hypothèse : alors, quels caractères assigner à l'espace ? En vérité, je n'en vois pas d'autres que ceux-ci : pour la forme, l'infini qui n'en a pas ; pour la couleur, la négation ; pour la composition, le vide. *Ex nihilo nihil.*

C'est donc en vain que nous chercherions par la pensée à sonder les obscures profondeurs de l'espace. C'est un abîme d'où elle ne peut rien tirer, et où toute son énergie s'épuise en rayonnant.

L'étendue est la première qualité que nous constatons dans les corps ; c'est en vertu de cette propriété qu'ils occupent un point déterminé de l'epace, et révèlent leur existence par les trois dimensions suivantes : longueur, largeur, hauteur. L'air, par sa transparence, nous laisse percevoir leur délimitation ; car, outre leur étendue, les corps diffèrent encore pour leur forme ou configuration. Pour en avoir une idée exacte, il ne suffit pas de les considérer tels qu'ils se présentent à nos yeux, mais de plusieurs côtés ; car l'on s'aperçoit que leur surface n'est pas unique, mais composée de plusieurs faces qui s'entrecoupent en délimitant leur étendue. Elles sont généralement planes ; leur nombre, qui ne peut être moindre de quatre, est indéfini. La configuration de tous ces corps serait importante à connaître ; mais nous ne nous occuperons ici que de celle des êtres organisés.

Parmi les différences essentielles qui séparent les corps organiques de ceux qui ne le sont pas, celle de la configuration est la plus évidente. Les autres sont en dehors de notre sujet.

Le corps organisé se présente à nous sous une forme constante, déterminée et plus ou moins globuleuse, dont les dimensions peuvent bien augmenter, mais conservent toujours leurs rapports, et ne dépassent jamais certaines limites. Celle du minéral, au contraire, n'est ni invariable ni naturellement arrondie, et leur accroissement est illimité. La configuration de l'être organisé éprouve des modifications successives pendant la durée de son existence, modifications qui sont indépendantes des causes extérieures. Cette suite invariable de développement et de décroissance qu'on appelle ses âges, a son origine dans un mouvement intérieur propre aux êtres vivants et qui constitue la vie. Chez lui, la forme ne peut être dénaturée par une cause accidentelle, sans amener des altérations plus ou moins apparentes dans l'ensemble ; enfin, passé un certain terme, cette forme se détruit d'elle-même et rapidement. Rien de semblable

ne se retrouve dans les corps inorganiques. Ils croissent et décroissent indifféremment et par une cause tout-à-fait fortuite. Divisés en plusieurs parties, chacune d'elles conserve sa forme et la nature intime de tout le corps. Enfin, chez eux, mort ne veut dire que désassociation des molécules constituantes, désassociation qui vient toujours du dehors et qui n'est ni nécessaire ni spontanée. D'un autre côté, si l'on envisage et que l'on compare entre eux les divers individus d'une même espèce d'êtres organisés, on reconnaît qu'ils ont tous été formés d'après un type commun qui ne diffère dans ses variétés que par des modifications infiniment légères. Il y a loin de cette identité constante avec l'isomorphie si précaire qu'on remarque chez les corps inorganiques de même nature. Ainsi la plus légère circonstance dans la cristallisation d'un corps, peut lui donner les formes les plus opposées. D'autres fois, au contraire, deux corps d'une nature toute différente se présentent à nous sous le même aspect.

Si maintenant, abandonnant une stérile comparaison entre deux groupes d'êtres si distincts, nous suivions les phénomènes de la vie, depuis le végétal placé au dernier degré de l'échelle, jusqu'à l'organisation la plus complète de l'espèce animée, nous verrions avec quelle admirable harmonie la nature a su coordonner l'état organique d'un être avec le milieu dans lequel il se trouve placé. Ses besoins ne sont-ils pas toujours en rapport avec les instruments qu'il a reçus pour les satisfaire ? Et cette chaîne de modifications insensibles, par laquelle la vie passe de l'un à l'autre règne sans qu'on puisse délimiter le chaînon qui les sépare, est bien digne encore de notre admiration. De sorte que c'est avec raison qu'on a pu comparer la série des êtres vivants à ces courbes géométriques dont les deux branches divergentes s'éloignent de plus en plus de la commune origine pour aller chercher à l'infini, sans pouvoir jamais l'atteindre, le type idéal de la perfection. Analysant ensuite par l'observation et la pensée les diverses organisations vivantes, chaque être nous offrirait une association plus ou moins intime de deux ou plusieurs êtres semblables et symétriques ; chacun de ses états de

développement, chacune de ces anomalies nous révélerait un type inférieur ; en sorte que nous pourrions poser, avec un savant zoologiste (Carus), ce théorème fondamental, que les formations supérieures admettent en elles les inférieures, et qu'au lieu de revêtir un type nouveau, elles ne font que répéter, plus parfait seulement, celui qui existait déjà aux dernières. Ainsi Raspail a avancé que : de la base au sommet, le végétal n'est qu'une série indéfinie de générations moléculaires, et il est tout entier, avec tout ce qui le constitue dans chacune de ses parties : fleur, fruit, rameaux, tronc ou racine, tissu cellulaire ou vaisseau, tout est dans une vésicule organisée.

Mais le champ des analogies est immense, et les limites d'une simple question sont infiniment trop resserrées pour pouvoir en contenir le plan, quelque réduit qu'il soit.

DEUXIÈME PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

N° 407. QUELLE EST LA DISPOSITION DES APONÉVROSES DE LA JAMBE ?

La jambe est cette section du membre inférieur qui est comprise entre les articulations du genou et du coude-pied. Elle est bornée en haut par les tubérosités du tibia et l'attache du ligament de la rotule, et inférieurement par les malléoles interne et externe ; enveloppée dans toute son étendue par la membrane cellulo-fibreuse

commune, désignée sous le nom de *fascia superficialis*, elle présente de plus une aponévrose générale composée de gaînes secondaires destinées à établir la position constante des organes sous-jacents. Cette expansion fibreuse a reçu, des anatomistes français, la dénomination d'aponévrose jambière. Meckel lui donne celle d'*aponeurosis cruralis*. Elle n'offre pas tout-à-fait la forme du membre qu'elle est destinée à revêtir : car manquant au niveau de la face interne du tibia, dans la plus grande partie de son étendue, elle représente un cône irrégulier à base supérieure, interrompu, suivant sa longueur, depuis l'attache du ligament rotulien jusqu'à quelques travers de doigt au-dessus des malléoles ; dans ce lieu, en effet, une bandelette assez forte réunit les portions qui s'attachent, d'une part, au bord interne, de l'autre, au bord externe du tibia.

Cette aponévrose présente une face externe, une face interne, et deux extrémités, l'une supérieure, l'autre inférieure. La face externe convexe se trouve en rapport avec le *fascia superficialis*, les vaisseaux et nerfs superficiels. A la partie interne et antérieure, on voit ramper sur elle les rameaux qui concourent à former la veine saphène interne, et le tronc veineux lui-même ; un des rameaux profonds internes du crural, le nerf saphène interne, présente, avec l'aponévrose, les mêmes connexions que le vaisseau qu'il est destiné à accompagner. En dehors et un peu en arrière, le nerf saphène externe, résultat de la réunion du péronéo-cutané et d'une branche du poplité interne, lui sont accolés, ainsi que la veine du même nom ; on trouve même dans ce point une lame assez mince de l'aponévrose qui se dédouble pour envelopper ces parties. A la région inférieure, antérieure et externe, l'aponévrose est percée pour le passage du nerf musculo-cutané, branche du poplité externe. On rencontre encore, en différents points de son étendue, plusieurs ouvertures pour des communications anastomotiques, soit nerveuses, soit vasculaires ; mais les rameaux auxquels elles livrent passage n'ont point reçu de nom particulier.

Concave à sa surface intérieure, l'aponévrose jambière se trouve en rapport avec les muscles des régions antérieure, postérieure et la-

térale externe de la jambe. Une couche de tissu cellulaire, prononcée surtout à la partie postérieure et inférieure, au niveau et sur les côtés du tendon d'Achille, l'isole de ces organes. Mais à la partie supérieure, au niveau de l'attache des muscles de la région antérieure, elle présente, dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi à peu près, des prolongements fibreux qui, se portant entre les faisceaux des muscles jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, et extenseur commun des orteils, lui font contracter des adhérences que l'on ne peut détruire sans intéresser les fibres musculaires ou aponévrotiques. Ici donc elle remplit non-seulement la fonction d'aponévrose d'enveloppe, mais encore d'aponévrose d'insertion. De cette surface interne naissent des cloisonnements destinés à isoler les unes des autres les régions musculaires de la jambe. Ces cloisonnements principaux se subdivisent à leur tour en lames secondaires plus minces, qui séparent les muscles d'une même région. Nous distinguerons trois lames primitives qui, vu la disposition du ligament inter-osseux et de l'aponévrose jambière par rapport aux os, constituent les quatre gaînes principales.

1° Au niveau du péroné, une cloison membraneuse se porte de la face interne de l'aponévrose à la partie antérieure et externe de cet os; elle constitue de cette sorte une ligne de démarcation entre les muscles de la région jambière antérieure et les péroniers.

2° Une autre lame, partie plus en arrière que la précédente, de la surface intérieure de la membrane aponévrotique générale, va se fixer à la partie postérieure du même os; elle sépare ainsi la région péronière des muscles postérieurs.

3° En arrière, l'aponévrose tendue du péroné au tibia, en contournant les organes bornés en avant par ces deux os et le ligament inter-osseux, est cloisonnée par une sorte de diaphragme vertical formé par une lame fibreuse assez forte, surtout à sa partie inférieure, et tendue de haut en bas entre les organes musculaires des régions profonde et superficielle postérieures.

Dans la gaîne antérieure bornée en avant par l'aponévrose d'enveloppe générale, en arrière par le ligament inter-osseux, en dedans

par la face interne du tibia, en dehors par le péroné et la première lame de cloisonnement que nous avons signalée, se trouvent les muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil; ces muscles sont eux-mêmes séparés les uns des autres par des feuillets fibreux assez minces.

Dans le même point, on rencontre le nerf et les vaisseaux tibiaux antérieurs. La gaîne externe, limitée en avant par la première lame de cloisonnement, en arrière par la seconde, en dehors par l'aponévrose commune, en dedans par le péroné, renferme les muscles péroniers antérieur et latéraux. Dans la troisième, ou postérieure superficielle, que constituent en arrière et sur les côtés l'enveloppe générale, en avant la troisième lame que nous avons mentionnée, sont renfermés, sans cloisonnement secondaire qui les isole, les muscles de la région postérieure et superficielle de la jambe. Enfin, la gaîne profonde postérieure, séparée de la précédente, en arrière par la lame transversale, bornée en avant par le ligament interosseux, en dedans par le tibia, en dehors par le péroné, contient dans sa cavité les muscles jambier postérieur, fléchisseur commun des orteils et fléchisseur propre du gros orteil : comme ceux de la région antérieure, ces organes sont renfermés dans des étuis fibreux particuliers. On rencontre dans le même lieu les vaisseaux et les nerfs tibiaux postérieurs, l'artère et les veines péronières.

Par son extrémité supérieure, l'aponévrose jambière se continue avec le *fascia lata*. Cette continuation est surtout manifeste à la partie postérieure, au niveau de la région poplitée, et à la partie antérieure dans le point correspondant à la rotule. Elle reçoit des expansions de l'aponévrose connue sous le nom de patte d'oie, et du biceps spécialement. Inférieurement elle se confond au niveau de l'articulation du cou-de-pied, avec les ligaments annulaires interne, supérieur et externe du tarse.

Cette aponévrose ne présente pas la même densité dans toute son étendue. C'est ainsi que, très-résistante à sa partie postérieure, qu'assez forte à la région externe, elle devient très-mince sur les muscles jumeaux. Dans la portion comprise antérieurement entre le

péroné et le tibia, elle présente deux ordres de fibres obliques, les unes dirigées de haut en bas et de dehors en dedans ; les autres, plus nombreuses, offrant une direction inverse. Sous ces fibres, et toujours dans le même lieu, Meckel a décrit un plan de fibres longitudinales. Dans le reste de son étendue, la plupart de ces fibres affectent une position horizontale et décrivent des lignes circulaires.

TROISIÈME PARTIE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

N° 325. AVEC QUELLES MALADIES PEUT-ON CONFONDRE LA CARIE VERTÉBRALE?

La carie vertébrale est la suppuration du tissu des vertèbres. Tantôt cette maladie débute par l'inflammation de l'os lui-même, tantôt elle est consécutive à la phlegmasie des parties environnantes. D'après Brodie, cet état morbide commencerait souvent par l'ulcération des fibro-cartilages inter-vertébraux. Dans beaucoup de cas, ce sont les tissus fibreux qui enveloppent la colonne vertébrale qui sont les premiers affectés. De quelque point que le mal se soit irradié, la carie présente deux formes principales offrant chacune des symptômes caractéristiques. En effet, ou elle se borne à la surface de l'os (carie superficielle), ou elle attaque le tissu spongieux central (carie profonde). Dans ces deux modifications, c'est surtout le corps de la vertèbre qui est le siége de l'altération pathologique; rarement envahit-elle la masse apophysaire.

La carie des vertèbres se manifeste surtout chez les individus scro-

fuleux, et c'est alors ordinairement la forme profonde qu'elle affecte; tandis que, lorsqu'elle est superficielle, elle se développe fréquemment chez ceux qui ont présenté les symptômes de l'affection rhumatismale. Ce sont le plus souvent de jeunes sujets qui sont atteints de ces maladies; les adultes en offrent aussi quelques exemples à la suite d'excès de masturbation, qui est une des causes les plus puissantes. Dans un âge plus avancé, la carie vertébrale est tres-rare; Pott ne l'a jamais vue au-delà de la quarantième année; M. Brodie l'a toutefois observée sur un homme de 45 ans.

SYMPTOMES.

Lorsque la carie est superficielle, elle débute par des douleurs étendues, fixes, profondes dans une région du rachis. Ces douleurs n'augmentent point par la pression; elles sont moins vives que celles produites par le rhumatisme. Au bout d'un temps plus ou moins considérable, il se manifeste sur des points variés une tumeur qui augmente peu à peu de volume, et se présente le plus souvent à la région inguinale; cette tumeur est indolente et offre de la fluctuation. La peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur. Cette tuméfaction est le résultat d'une accumulation de pus qui ne s'est pas formé dans le lieu même, mais qui procède des surfaces cariées, et a fusé en suivant le trajet des nerfs et des vaisseaux : c'est un abcès par congestion. Souvent ces abcès existent, surtout aux aines, des deux côtés à la fois; dans d'autres circonstances, c'est au périnée, à la fesse, sur les parties latérales du cou, sur les côtés des apophyses vertébrales du dos, etc., que le foyer purulent se forme. Si la maladie n'est point combattue et arrêtée dans sa marche, les parties qui avoisinent l'abcès sont distendues, amincies; la peau s'ulcère et donne issue au liquide accumulé. Alors se manifeste le plus souvent une fièvre hectique avec redoublement le soir; le malade s'émacie rapidement, et sa mort est le résultat de la pénétration de l'air dans la cavité et de l'altération du pus. Dans ces cas de carie

superficielle, il n'y a point d'incurvation de la colonne vertébrale, ni de paralysie des extrémités. L'abcès par congestion, qui en est le signe le plus caractéristique, peut manquer lui-même, soit que l'inflammation se termine sans suppuration, ou soit que ce pus s'accumule entre les corps des vertèbres et les trousseaux fibreux qui les enveloppent, et qu'il se forme une poche en décollant les derniers.

Dans la carie profonde, la douleur est nulle ou faible; mais bientôt survient une incurvation de la colonne vertébrale, représentant un angle antéro-postérieur rentrant en avant et saillant en arrière. En même temps que cette déformation s'opère, les parties situées au-dessous du lieu malade faiblissent, sont le siége de picotements incommodes, et se paralysent. Mais cette paralysie diffère, comme l'a démontré Pott, des paralysies ordinaires, en ce que, dans les premiers temps surtout, les muscles, loin d'être flasques et dans un état de résolution, se trouvent tendus et dans une contraction permanente. C'est qu'aux premières époques de la maladie, il y a non-seulement compression, mais irritation de la moelle. Il se forme quelquefois des abcès par congestion, comme dans la carie superficielle, mais ils sont très-rares. Lorsque le malade peut encore se tenir debout, les jambes sont fléchies sur les cuisses, le bassin s'incline en avant, la tête en arrière, pour maintenir l'équilibre; s'il veut saisir un objet placé sur le sol, il le ramasse entre ses jambes ou bien par côté, en ayant soin de ne pas se pencher en avant. Les symptômes augmentent graduellement d'intensité; et si la maladie n'a pas été enrayée dans sa marche par un traitement méthodique, la colliquation et le marasme entraînent le malade au tombeau. Il existe quelques exemples de paralysie des extrémités inférieures, résultat du mal de Pott, sans incurvation de la colonne vertébrale. Dans ces cas, l'autopsie a démontré que la maladie ne s'était emparée que de la portion de la vertèbre la plus voisine du canal rachidien.

La carie peut affecter l'articulation sacro-iliaque, et donner lieu à la formation d'un abcès par congestion dans divers points de la circonférence du bassin. Alors il n'y aura point de déformation de la colonne vertébrale; la douleur qui aura précédé la collection pu-

rulente, aura son siège plus bas que la région lombaire. Dans beaucoup de circonstances, l'os iliaque aura perdu ses rapports normaux de position avec le sacrum.

Si la marche devient difficile, ce ne sera point par le fait d'une paralysie, mais bien par l'impossibilité qu'a l'articulation malade de transmettre et de supporter le poids du corps. Un des membres inférieurs sera alors fréquemment remarquable par une différence de longueur avec celui du côté opposé.

Les luxations spontanées du fémur, lorsqu'elles sont accompagnées d'abcès symptomatiques, pourraient devenir une source d'erreurs, si l'on ne remarquait que, dans cette maladie, le membre affecté a d'abord présenté d'ordinaire de l'allongement, puis le plus souvent un raccourcissement avec déviation du pied en dedans; que les douleurs sont parties de l'articulation iléo-fémorale; qu'enfin, les mouvements ne s'y exécutent plus comme dans l'état physiologique, lors même qu'ils sont imprimés par la main du chirurgien.

L'état morbide dont les symptômes semblent au premier coup d'œil se confondre le plus avec ceux du mal de Pott, est le rachitis, ou gibbosité par ramollissement des vertèbres. Nous savons bien que quelques auteurs ont fait du ramollissement osseux, et du rachitis, deux maladies différentes, mais nous pensons, avec Boyer, que ces deux affections n'en constituent réellement qu'une. Dans le rachitis, il n'y a point de saillie angulaire, la gibbosité est arrondie, les apophyses épineuses décrivent une courbe à peu près régulière; rarement l'incurvation est-elle antéro-postérieure; le plus souvent, au contraire, la colonne vertébrale s'incline latéralement. Ces phénomènes sont assez tranchés pour que l'on distingue le rachitis du mal de Pott; mais cependant il en existe encore d'autres. C'est ainsi que la paralysie n'est point une conséquence de la gibbosité chez les rachitiques, car le canal vertébral n'a diminué de calibre dans aucun point de son étendue; sa direction seule a changé : la moelle ne peut par conséquent subir aucune compression par cette seule modification morbide. Que si l'on examine des sujets chez lesquels le ramollissement osseux s'est opéré pendant les premières périodes de la vie, rarement cette maladie

n'aura-t-elle affecté que la colonne vertébrale. Les os des membres présenteront fréquemment alors des courbures plus ou moins prononcées; leurs extrémités auront quelquefois augmenté de volume. La boîte crânienne sera, chez quelques individus, accrue dans ses diamètres.

Il se développe aux régions inguinales de véritables abcès par congestion mais qui ne sont point liés à un état morbide du système osseux; nous voulons parler des tumeurs résultant de la fonte purulente du tissu cellulaire qui environne le muscle psoas, et de ce muscle lui-même.

Alors la douleur se manifeste bien dans une région profonde de l'abdomen, la marche devient impossible, mais un signe pathognomonique, c'est que la cuisse est fortement fléchie sur le bassin, d'après cette loi générale que, lorsqu'un muscle est enflammé, la position que prend le malade tend à rapprocher autant que possible ses attaches. Tout mouvement d'extension imprimé à la cuisse devient la cause des plus vives douleurs; il n'y a jamais de gibbosité; le malade n'a pas souffert dans le trajet de la colonne vertébrale. Si l'abcès s'ouvre spontanément, ou bien si le chirurgien évacue lui-même le pus, ce liquide présente un aspect bien différent de celui que l'on rencontre dans les abcès par congestion à la suite des caries vertébrales. En effet, tandis que la matière purulente du psoïtis est jaune, liée, inodore; celle de l'ostéite vertébrale présente un fluide presque séreux, ténu, d'un jaune pâle, dans lequel nagent des flocons blanchâtres, tuberculeux, et où se rencontrent même quelquefois de petits débris d'os.

On a vu des abcès se former aussi dans divers points de la circonférence de la poitrine, à la suite d'une suppuration pulmonaire. Des symptômes de pneumonie auront précédé leur développement, et le stéthoscope fera percevoir l'existence de la pectoriloquie, qui reconnaîtra ici pour cause une caverne dans le parenchyme du poumon.

Il est presque impossible de confondre, même par un examen superficiel, le lumbago ou rhumatisme des muscles dorsaux lombaires avec la carie des vertèbres. Dans le lumbago, la douleur est plus su-

perficielle; elle n'est pas continue; elle augmente par la pression. Si la maladie est à l'état aigu, les symptômes généraux des phlegmasies viennent se sur-ajouter à ceux que nous avons mentionnés, et rendre l'erreur encore plus difficile.

Ne pourrait-il point se faire qu'une tumeur anévrismale, placée au-devant du corps des vertèbres, usât, à la longue, un ou plusieurs d'entre eux dans toute leur épaisseur, et amenât la compression de la moelle et une saillie angulaire analogue au mal de Pott? Comment distinguer alors ces deux maladies? Si l'anévrisme pouvait être constaté, aurait-on encore alors autre chose que des doutes?

Avec un peu de soin, on distinguera toujours l'abcès par congestion d'un abcès idiopathique, d'une hernie, d'une tumeur graisseuse, d'un kyste, d'un anévrisme. Pour rendre notre travail aussi complet qu'il nous sera possible, nous allons tracer en peu de mots quelques-uns des caractères principaux qui les différencient. *Abcès idiopathiques*, rougeur de la peau, douleurs dans le lieu où siége l'abcès, et non dans un autre point. *Hernies*, développées de haut en bas, n'offrant point de fluctuation, mais une tumeur mollasse, pâteuse si elle est épiploïque, rentrant avec gargouillement si c'est une entérocèle. *Lipome*, tumeur indolore avec empâtement, irréductible, souvent lobuleuse. *Kyste*, tumeur rénitente, arrondie ou ovalaire, irréductible, sans douleur. *Anévrisme*, intumescence, le plus souvent peu résistante, augmentant par la compression de l'artère au-dessous, diminuant, disparaissant même quelquefois par la compression du vaisseau au-dessus, agitée de mouvements isochrones aux pulsations artérielles, ne consistant pas seulement dans un déplacement de totalité, mais dans une expansion excentrique.

QUATRIÈME PARTIE.

SCIENCES MÉDICALES.

N° 1681. DE LA STOMATITE ULCÉREUSE ET PUSTULEUSE.

On a donné le nom de stomatite (de στομα, bouche) à l'inflammation de la membrane muqueuse orale. « Comme les autres inflammations, elle peut revêtir des formes variées, selon ses degrés d'intensité » et ses complications, selon qu'elle affecte tel ou tel des éléments qui » composent cette membrane, selon l'espèce de cause qui lui a donné » naissance (Bouillaud). » Dans les écrits que nous ont laissés les anciens sur cette maladie, nous voyons qu'ils désignaient sous le nom d'aphthes, toutes les affections de la bouche.

Hippocrate et Arétée ont parlé des aphthes de la bouche; mais on soupçonne plutôt qu'on ne trouve dans leurs écrits les caractères de cette maladie. Le vieillard de Cos la signale en ces termes :

« *In ætatibus autem talia eveniunt. Parvis quidem, et recens natis* » *pueris aphthæ, vomitus, tusses, vigiliæ, pavores, umbilici inflamma-* » *tiones, aurium humiditates* (Billard) (1). »

Arétée laisse à peine entrevoir, dans le passage suivant, qu'il veut parler des aphthes.

« *Crustam vero circumveniunt rubor excellens et inflammatio et ve-* » *narum dolor quæmadmodum in carbuncolo; et exiguæ, raræque pus-* » *tulæ quas græci exanthemata vocant, orientes, hisque aliæ supervenientes* » *in unum coalescunt; atque inde latum ulcus efficitur* (Billard) (2). »

(1) Aphorisme 24, sect. 3.

(2) *De tonsillarum ulceribus, cap.* 9, *p.* 13, édit. de Haller.

Après eux, quelques médecins, tels que Boërhaave, Van-Swieten, Stoll, Armstrong, Underwood, ont uniquement consacré cette dénomination aux ulcères de la bouche, quelle que soit d'ailleurs leur forme primitive. D'autres, Silvius, Mercurialis, Etmûller, Pinel, les ont considérés comme des pustules vésiculeuses, blanches au milieu, rouges à leurs bords, fort analogues à l'éruption gastro-intestinale observée dans les cas de maladie muqueuse décrite par Rœderer et Wagler, et qui était presque toujours accompagnée d'aphthes.

Les pathologistes modernes ont laissé aussi un peu de confusion sur les divisions de cètte maladie, et l'ont décrite, pour ainsi dire, chacun à leur façon. Nous allons en citer quelques-uns.

Billard admet cinq variétés principales de stomatite; savoir:

Stomatite {
- Érythémateuse.
- Folliculeuse (aphthes).
- Avec altération de sécrétion (muguet).
- Ulcéreuse.
- Gangréneuse (gangrène de la bouche).

M. Andral la divise en:

Stomatite {
- Simple ou érythémateuse.
- Aphtheuse.
- Crémeuse ou pultacée.
- Pseudo-membraneuse ou couenneuse.
- Gangréneuse.

Selon le même auteur, la forme pustuleuse appartient à la stomatite aphtheuse. Dans un excellent article sur le mot aphthe, M. Dugès n'a presque rien laissé à dire sur les diverses formes de stomatite; et sous le nom d'aphthes ulcéreux, il a traité de la stomatite folliculeuse et ulcéreuse.

C'est à tort, dit M. Ribes, de Paris, qu'on a fait trois maladies de la stomatite pseudo-membraneuse, de l'aphthe et du muguet: elles peuvent, tout au plus, former trois nuances d'une même maladie. Van-Swieten semble émettre cette opinion, quand il dit:

« Les aphthes blanchissent la superficie de la langue et du gosier,

» ou plutôt couvrent ces parties d'une couche blanche, ainsi que le » savent tous ceux qui ont vu cette maladie; lorsque les croûtes sont » séparées et tombent, elles laissent absolument entières les parties » auxquelles elles étaient attachées. » Pour M. Billard, la stomatite pustuleuse est l'inflammation de la membrane muqueuse orale qui se développe pendant le cours de la petite vérole, et qui donne lieu à des pustules tout-à-fait analogues à celles de la peau. C'est l'opinion de M. Bouillaud. MM. Roche et Sanson ont décrit une des variétés de cette affection, sous le nom de stomatite pustuleuse et aphtheuse; enfin, quelques auteurs ont confondu les aphthes avec le muguet.

Le siége et la nature de cette maladie n'ont pas été mieux précisés; voici, à peu près, ce qu'en ont dit les auteurs :

D'après M. Ribes, de Paris, l'inflammation de la cavité buccale se réduit à attaquer l'ouverture des vaisseaux exhalants et des follicules ou cryptes muqueux de la bouche et du pharynx. Cet habile observateur rapporte que, pendant le travail inflammatoire qui produit les sécrétions ou fausses membranes de cette cavité, on voit sortir de l'intérieur des follicules ou cryptes répandus au côté interne des glandes amygdales, un corps blanc, mou, d'apparence caséuse, qui naît de l'intérieur de ces follicules, se présente à l'ouverture du crypte, comme s'il y était implanté ou enchâssé, et fait saillie à la face interne de la glande, du côté de l'isthme du gosier. Toute la partie de ce corps qui dépasse la surface de la glande se détache au niveau de l'ouverture du follicule, et est bientôt entraînée par l'action de cracher ou par le vomissement, ou bien on peut la saisir avec des pinces et l'enlever. L'humeur sécrétée par les follicules de l'amygdale forme cette matière : ce mucus s'épaissit, se concrète, et à mesure que la portion qui dépasse le niveau de l'ouverture du follicule tombe, l'humeur qui est au fond de ce sac se condense à son tour ; la dernière portion concrétée pousse la première formée, et se détache de nouveau. Ce mécanisme se répète plus ou moins souvent pendant tout le temps que dure la maladie.

On s'est demandé si cette facilité du mucus à se concréter ne vien-

drait pas de ce que, chez les enfants ou les adultes qui se trouvent dans des cas analogues, le sang, rendu plus plastique et plus riche en fibrine par l'état inflammatoire, fournit les éléments d'un mucus qui lui-même serait plus riche en fibrine? Les recherches de M. Lélut viendraient à l'appui de cette assertion.

Le célèbre Bichat n'a pas osé se prononcer sur le siége et la nature de cette maladie, car il a dit : les aphthes sont-ils une affection du chorion muqueux? appartiennent-ils aux papilles? siégent-ils dans les glandes? sont-ils une inflammation isolée de ces glandes? Enfin, M. Billard, dans ces derniers temps, n'a pas cru devoir reculer devant un problème qui avait arrêté le génie de Bichat, et conduit dans ses recherches par le flambeau de l'anatomie pathologique, a avancé que les aphthes consistaient dans une inflammation des follicules mucipares de la bouche.

La divergence d'opinion des auteurs sur la maladie qui nous occupe, ne nous permet pas d'espérer que nous serons nous-même toujours exempt du vice que nous avons signalé, la confusion. Quoi qu'il en soit, et laissant de côté des détails au moins superflus, nous nous bornerons, autant que possible, à ne parler que de la stomatite ulcéreuse et pustuleuse. Pour nous guider dans la première, nous aurons recours aux aphthes ulcéreux de M. Dugès, et pour la seconde, à la stomatite pustuleuse et aphtheuse de MM. Roche et Sanson. Nous parlerons d'abord des causes et des symptômes, et, dans le traitement, nous chercherons à nous dédommager de la confusion nosographique par l'indication thérapeutique.

CAUSES.

Si, indépendamment des agents mécaniques, nous remarquons que la membrane muqueuse de la bouche est en contact avec l'air atmosphérique, avec les gaz pulmonaires, les médicaments, les boissons, les aliments; nous nous rendrons facilement compte des nombreuses altérations qu'elle présente. L'insuffisance, la mau-

vaise qualité du lait, les aliments qu'on lui substitue, l'insalubrité, la malpropreté, la réunion d'un grand nombre d'enfants dans un même lieu, les prédisposent au muguet: l'impression d'un corps froid ou chaud, d'un aliment salé, épicé ou acide, de l'alcool, d'un médicament amer, âcre, irritant, la présence d'une dent cariée, l'accumulation du tartre, le travail de la dentition, l'inflammation des parties génitales, certains contacts obscènes, les aliments fumés, l'eau corrompue, la bière aigre, ou le cidre altéré, la cessation subite d'un excès de sécrétion, d'une hémorrhagie, l'usage trop fréquent de la pipe, sont autant de circonstances favorables au développement de l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche. Nous pouvons ranger au nombre des causes prédisposantes: une constitution faible, délicate, détériorée par des maladies antérieures; un tempérament lymphatique, scrofuleux; le séjour près des marais, dans les hôpitaux, des lieux chauds et humides, ou froids et humides; enfin, tout ce qui peut affaiblir l'appareil digestif et altérer ses fonctions.

M. Billard pense que la cause principale des aphthes gît dans le développement anatomique et le surcroît d'énergie vitale de l'appareil folliculeux, ainsi que dans les causes extérieures qui peuvent seconder ce développement.

D'après MM. Roche et Sanson, la stomatite est très-souvent symptomatique d'une altération des voies digestives. Il est d'observation, en effet, qu'on la voit presque toujours se développer chez les enfants que l'on gorge de bonne heure de bouillie, ou qui ne reçoivent qu'un allaitement insuffisant ou de mauvaise qualité, comme l'ont remarqué Sanponlt, Undervood, Hamilton, Gardien, Capuron. Nous avons nous-même constaté un cas de stomatite ulcéreuse sur un de nos amis, M. M......, étudiant en médecine, survenue à la suite d'une gastrite chronique. Toutes les causes capables de provoquer un travail morbide de l'estomac deviennent donc des causes indirectes des aphthes. Le froid humide paraît exercer une grande influence sur leur développement; car ils sont très-fréquents dans la Hollande et la Zélande, et assez rares dans les pays chauds. La syphilis, un traite-

ment mercuriel trop prolongé, ont souvent produit des aphthes ulcéreux. Enfin, M. Dugès en a rencontré à la suite de l'encéphalite, de la scarlatine, de la phthisie. Il nous paraît probable qu'ils résultaient alors de l'action, sur la muqueuse orale, de gaz altérés par le poumon malade. M. Dugès en a encore souvent observé, mais à un degré très-faible, à la suite de la péritonite puerpérale.

SYMPTOMES.

Dans la stomatite pustuleuse ou aphteuse, on voit apparaître sur les lèvres, les gencives, la langue, le palais, de petites pustules superficielles, rondes, ordinairement blanches ou grises, se propageant quelquefois aux amygdales, à l'œsophage, et même jusque dans le conduit gastro-intestinal (Lélut, Billard). MM. Roche et Sanson pensent que ces pustules ne sont possibles que là où il existe un épiderme; or, l'épithélium finit avec l'œsophage, et si les aphthes sont de vraies pustules, la membrane muqueuse intestinale doit en être exempte. Le sujet éprouve un sentiment de chaleur, d'ardeur, de picotement, de cuisson; souvent ce n'est qu'avec difficulté et même qu'avec douleur qu'il peut ouvrir la bouche. Ces pustules soulèvent bientôt l'épiderme, s'ouvrent, s'ulcèrent du sommet à la base, et se terminent par de petits ulcères arrondis, grisâtres, entourés d'une auréole rouge. La salive mêlée à des mucosités remplit la bouche et déborde les lèvres; la soif augmente; le goût s'altère. Quelquefois, au lieu de se borner à une sécrétion plus abondante de mucosités, la maladie peut déterminer la formation d'une sorte de couenne disposée en plaques blanches, molles, friables et faciles à détacher. Cette variété de stomatite est peu dangereuse quand elle est idiopathique; cependant elle peut devenir très-grave chez les enfants en empêchant la succion. Sa durée est ordinairement de trois à six jours.

La stomatite ulcéreuse, ou aphthes ulcéreux, succède quelquefois au muguet, plus souvent à la forme pustuleuse. De petits ulcères arrondis, d'un aspect lardacé, d'un blanc sale, contrastant avec le

rouge intense du reste de la membrane, et surtout de l'auréole qui les entoure, lui donnent naissance. La peau alors devient chaude; parfois un mouvement fébrile se déclare.

Ces ulcères offrent différents aspects : les uns sont peu profonds, d'un rouge vermeil, sans enduit blanc ou gris ; ils se cicatrisent promptement. D'autres offrent des bords coupés perpendiculairement; autour d'eux, la membrane est rouge et gonflée ; pendant quelque temps leurs progrès ne sont pas très-rapides; parfois cependant, si l'on ne s'oppose à leur marche, ils s'étendent rapidement en longueur et en largeur, et d'énormes pertes de substance peuvent en être le résultat. Ces ulcères ressemblent beaucoup aux chancres. M. Dugès les différencie par les caractères suivants : un point rouge, rarement couvert de muguet, donne naissance aux premiers; ils s'agrandissent rapidement en surface, et cette surface est grise; les bords, coupés assez net, sont rouges et douloureux, mais rarement offrent-ils les contours sinueux qui caractérisent fréquemment les chancres; jamais ils n'ont autant de profondeur, de dureté; jamais ils ne font des progrès aussi considérables, et ne persistent avec la même opiniâtreté. Il est encore d'autres ulcères qu'on a appelés ulcères mercuriels, parce qu'ils résultent de l'action du mercure. Dans ce cas, les antécédents, une salivation abondante répandant parfois une odeur fétide, le gonflement des glandes du cou, seront des symptômes plus que suffisants pour empêcher toute erreur de diagnostic. Enfin, M. Dugès en a observé en grand nombre chez les scrofuleux de l'hôpital des Enfants-Malades, et qu'il a attribués à l'air vicié de cet hôpital. Dans ces deux variétés de la stomatite, on voit survenir assez fréquemment de petits abcès sur divers points de la cavité buccale.

On conçoit facilement que, selon que la cause qui a produit les pustules ou les ulcères persiste ou cesse, suivant que l'inflammation est légère ou intense, qu'elle est compliquée ou non d'altérations d'organes plus importants, qu'on les observera sur des adultes ou des enfants, sur des sujets très-irritables ou qui le seront à peine, on conçoit, dis-je, que les symptômes devront présenter de grandes différences.

TRAITEMENT.

Le traitement devra varier selon les différences que nous venons de signaler ; nous pourrons le diviser en traitement curatif et traitement préservatif. Ainsi , par exemple , si la maladie se déclare chez des enfants encore à la mamelle, il suffira de changer la nourrice , si l'on soupçonne que le lait est trop vieux ou de mauvaise qualité. S'ils se trouvaient dans un lieu bas et humide ou entassés en grand nombre , l'indication serait facile. D'autre part , si la maladie est idiopathique , des gargarismes émollients , des lotions adoucissantes suffisent dans le plus grand nombre des cas. Si la muqueuse gengivale était tuméfiée , douloureuse, qu'elle genât la mastication , on appliquerait quelques sangsues. On doit en même temps recommander au malade l'abstinence de viandes , de boissons stimulantes , un régime végétal et même la diète , si la déglutition devenait trop difficile. Si l'inflammation était trop intense , on aurait recours à une saignée générale. Quelquefois de petits ulcères rongent la muqueuse autour des dents ; il faudra les toucher deux ou trois fois avec le nitrate d'argent fondu. Quand les ulcérations deviennent douloureuses, M. Andral conseille de les toucher, à l'aide d'un pinceau de charpie, avec le mucilage de pepins de coing pur , ou avec addition de quelques gouttes de laudanum. Si la stomatite menaçait de devenir gangréneuse, on se trouverait bien des décoctions de quinquina ou d'écorce d'oranger avec addition de camphre quand la douleur est très-vive. Cependant on doit agir avec circonspection dans l'emploi de ce médicament , et surveiller avec soin les complications ; car, s'il en existait , il en résulterait de fâcheux effets. Les rubéfiants et les vésicatoires placés aux extrémités ou sur le sternum , ont souvent produit d'heureux résultats. On y aura recours quand les ulcérations ont persisté plusieurs semaines. Les bains tièdes ne devront pas être négligés. Quelquefois on voit les ganglions sous-maxillaires s'engorger ; on s'y opposera à l'aide de quelques sangsues autour du cou , et de cataplasmes émollients. Enfin , si l'on

avait besoin de recourir aux topiques, le meilleur serait, selon M. Andral, un mélange d'acide hydrochlorique et de miel. Les ulcères qui reconnaîtront pour cause l'infection vénérienne, seront combattus par un traitement mercuriel suivi de quelques applications de sangsues à la gorge et de gargarismes adoucissants. Les ulcères mercuriels seront surtout traités par les purgatifs. Les gargarismes acidules ont suffi à M. Dugès pour faire disparaître les aphthes épidémiques qu'il observa à l'hôpital des Enfants-Malades ; il dut aussi recourir à l'alcoolat de cochléaria étendu d'eau : parfois la surface ulcérée fut touchée avec un cristal de sulfate de fer, et deux fois le nitrate d'argent a seul pu amener la cicatrisation. Pour nous résumer, nous dirons que si la phlegmasie est purement locale, elle sera facilement combattue par les moyens que nous venons d'énumérer ; si, au contraire, elle s'étend au tube digestif, ou si des phénomènes cérébraux se manifestent, comme on le voit très-fréquemment chez les jeunes enfants, le médecin alors, sans négliger l'inflammation de la muqueuse orale, devra surtout son attention à la phlegmasie des viscères que nous venons de signaler.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Suppléant.* Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Président.* Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGES. Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Examinateur.* Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinateur.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.